

社会保障の歴史的考察と日本的諸問題

著者	吉田 秀夫
雑誌名	社会労働研究
巻	14
ページ	147-201
発行年	1960-12-15
URL	http://hdl.handle.net/10114/00017551

社会保障の歴史的考察と日本の諸問題

吉 田 秀 夫

まえがき

いうまでもなく社会保障制度は、労働によって生活するすべての人びとその家族、および一時的または恒久的な労働不能になった人びとにたいし、その生活をおびやかすいろいろな事故、たとえば病気やけが、老令や失業、労働災害ひいては出産と多子などによって国民が生活するための所得が中断されあるいは減少し、その生存と生活に支障をきたしたときに、国民所得を社会的に再分配するという仕組みを通じて、国民の生活の破綻を国家的に保障しようという制度である。そしてそのことは法律をもって基本的な社会的権利として保障されるものでなければならぬ。以上は社会保障の定義というものであるが、この社会保障制度は第二次世界大戦後急速に発達と普及をみ、もはやそれぞれの国の政治、経済、社会、財政などの諸政策のなかで無視できない大きな比重を示すにいたっている。そして一国の社会的なそして文化的な水準を測定するバロメーターとさえいわれるようになった。

わが国においてもここ数年来、社会保障にたいする関心が、国民諸階層のあいだにとみに高まってきたし社会保障各分野において濃淡強弱はあっても、これを守り、改善拡充する運動がくりひろげられてきた。とくに一九六〇年から六一年にかけて顕著な動向を示した。それは大体四つに示られる。一つは国民年金とくに拠出制年金にた

いする抵抗とこれをよくする斗いであり、二つは生活保護にたいする斗いである。これは朝日事件といわれる岡山県の国立療養所の一重症患者朝日茂氏の四年ごしの憲法違反の訴えが、六〇年一〇月十九日東京地方裁判所で勝訴になったこと、その三は六〇年春とくに秋から六一年春にかけてのわが国の医療労働者の病院ストといわれる全国的な斗いと、六一年春と夏の医師会の運動である。その四は六一年春から夏にかけての小児マヒから子供を守る全国の母親たちの運動である。この四つの運動はかならずしも相連関することはないが、運動の規模と深さとひろがりからいうと史上未曾有といってもよい内容をもったとみるべきであろう、このような国民各層の諸抵抗により政府はかなりの譲歩を、それぞれの分野において余儀なくされている。すなわち国民年金法の一部改正であり、生活保護の基準額の六一年二回にわたる引上げであり、小児マヒ対策としてソヴェート同盟よりの一二〇〇万人の生ワクの緊急輸入とその投与であり、そしてわが国の医療制度や医療保障制度が重大な曲り角にきていることをかきのていどに明るみにし、医療費問題を中心に若干の譲歩と改善をとらざるを得なかったことをみても立証される。

筆者はこれらの社会保障運動に大なり小なりもまれてきた。とくに国民年金と医療保障については数多くの集会、講座、講演会に招かれてきた。このような経験を通じあらためて自ら学びながら、よりよい社会保障制度を確立するための理論的武装と条件整備についてなにも不十分であったかを、私なりに感じとってきたということである。その意味でこの小論は、私のささやかな経験を通じてとくに痛感してきた若干の問題提起を内容とするものである。

第一、社会保障制度成立までの歴史的考察

社会保障制度はまずなによりも国民生活の経済的窮乏すなわち貧困にたいする社会的な対策として登場してきたものである。資本主義経済社会においては、すべての人は自由であり平等であり、自分の生活を自分が責任を負うということが、自然の理法と考えられてきた。貧困はきびしく個人の責任に帰せられ、個人の精神的肉体的な欠陥こそ貧困の原因として責められてきた。資本主義の初期における救貧制度は、この適用を受けるものは、市民権を剥奪されたという事実をみても、こうした思想のあらわれとしてみることができる。

ところがこの生活自助の原則は資本主義社会ではこれを守りとおすことは不可能であった。そのため資本主義のきわめて初期の段階では労働者たちはいろいろな不可抗力な事故にたいして自衛のための各種互助団体をつくらざるを得なかった。これが共済組合、友愛組合とよばれるもので、その典型はイギリスである。こうして次第に大きくなる労働者の自主的共済制度にたいし、資本家と国家権力は一方では労働運動の昂揚を抑えながら、他方では、この共済組合にたいし資金援助、保護奨励の政策をとった。

しかし資本主義の発展が、自由主義的産業資本から独占資本の段階に移行するにともなって、賃金、労働条件は一だんと悪化し、疾病、労働災害、失業、病気による生活苦は、ますます増大していった。もはや個別資本ごとの何々工場、会社ごとの労働者のかけ金を主体とする共済組合活動では、とうていこれらの激発するもろもろの事故にたいして対処することは不可能になった。相対的にも絶対的にも労働者階級の窮乏化は深められていった。ここに国の法津をもって強制する社会保険が、労資のはげしい対抗関係の下で登場する。一八八三年以後のドイツ、ビ

スマルクの体系的な社会保険の創設はこれである。これは個別資本ごとの労働者の自主的共済が、総資本対総労働の関係で保険料の仕くみによる社会保険に移行したことを意味する。この新しい社会政策としての社会保険は、十九世紀末から二〇世紀にかけて、疾病保険、労働災害保険、年金保険と次第に各国に普及し、とくに第一次世界大戦後労働者の賃金水準に密接不可分の関係にある失業という事故にまで、ひろげられた。イギリスの一九一一年の国民保険法の第二部がこれである。さらに出産、死亡、多子家族をもふくむ生活保障という規模にまで漸次拡大されていった。

このような社会保険の拡大は、そのこと自体すでに社会保障という新しい概念をふくんでいた。それは第一次大戦の終了とともに各国とも国民生活の不安は普遍的かつ支配的な現象となり、もはや個々の社会保険制度や公的扶助などをもってしては、労働者や国民大衆の生活不安とそれより発生する社会不安階級対立に対応することは困難になってきたからである。ここにおいて資本主義諸国では、これらの制度を土台にして、国民生活の窮乏化にたいする国家的な新しい体系をつくらざるをえなかった。こうして社会保障の登場が準備された。

こうした歴史的過程において、すでに先進諸国においては、労働者の団結権、団体交渉権、罷業権を中心とする労働基本権や、最低賃金制、労働保護諸立法、失業関係法、国際労働関係法などの労働立法や社会立法が相前後して展開されてきた。これら一連の社会政策立法が、それぞれの国の労資の対抗力関係の反映であり、その国の労働者階級がいかに統一して斗ってきたかの所産でもあった。わが国が第二次世界大戦終結敗戦までの長年月にわたって、この分野において著しく立ちおくれを示し、逆に労働者運動はもちろん、民主主義運動にいたるまで、徹底した圧殺の下にあったことはいうまでもないことである。

社会保険と最低賃金制の実施は同一時期

ここで重要なことは、先進諸国においては最低賃金制と社会保険の実施をみた年代が、同時かないしは前後しても五年ないし一〇年という短期であったということである。(第一表参照) この最低賃金制はもちろん実施当初より充分なものではないとしても、法津をもって賃金の最低限をきめ、極端に低い賃金を排除することによって賃金水

第一表 主要国の最低賃金別と各種社会保険の成立年次表

国名	最賃制	医療保険	老令保険	労災保険	失業保険
ニュージーランド	一八九四	一九三八	一八九八	一八八二	一九三八
オーストラリア	一九〇六	一九一二	一九〇九	一九〇二	一九四四
イギリス	一九〇九	一九一一	一九〇八	一八九七	一九一一
フランス	一九一五	一九二八	一九一〇	一八九八	一九〇五
ドイツ	一九二三	一八八三	一八八九	一八八三	一九二七
オーストリア	一九一八	一八八八	一九〇六	一八八七	一九二〇
ノールウェー	一九一八	一九〇一	一九三六	一八九五	一九三八
ハンガリー	一九二三	一八九一	一九二八	一九〇七	
イタリア	一九二六	一九四三	一九一九	一八九八	一九一九
オランダ	一九二〇	一九一三	一九一三	一九〇一	一九四九
アメリカ	一九三八		一九三五		一九三五
日本	一九五九	一九二八	一九四二	一九四七	一九四七

注 1、主要国にとどめた

2、社会保険成立年次の参考文献は一九五九年度の社会保障年鑑による

3、最低賃金制は黒川俊雄氏著、最低賃金制論による

4、この他に社会保障としての家族手当制があるが省略した

5、日本の最低賃金法はいわゆる地域別業者間協定によるもので先進諸国のそれとは異なる

準を確保し労働者の最低生活費の概念を明らかにしたという点は、大きな前進であった。この最低賃金制は社会保険のなかでも、もっとも重要な一つの柱、所得保障の水準の引上げに大きな影響をあたえた。すなわち現金給付としての失業保険金、老令年金、傷病手当金、出産手当金、労働災害の休業補償費、死亡一時金などの給付水準の格差をちぢめるとともに、公的扶助の基準額の向上にもかなりの影響をあたえてきた。とくに多くの先進諸国にみられる失業保険は、完全に失業している人はもちろんこと、一定の仕事を持ち、ある時間と日数を働いても、その国の最低賃金額にみたないばあいには、このような半失業、部分失業の労働者にたいして、その不足分だけ、手当金を支給されるという仕組をとった。これは重大な資本による譲歩である。このことは限定された期間という制約があっても、大量の失業労働者群の存在が、就業労働者の賃金や生活水準を圧迫するという事実をあるていどまで緩和するという役割をになっていることを意味する。このような最低賃金制と社会保険の関連を国際的な経験から学びとることが大事である。そしてそのことが労働基本権や労働条件の改善拡充の運動ともむすんで展開されてきたということ忘れてはならない。

社会保障への開花と展開

さて第二次大戦の末期および直後において、いずれの国でも社会保障制度を再確認し、体系を整備し一応の改善拡大の方向をとらざるを得なくなった。それは戦争にかりたてられ、もっとも大きな犠牲を払ったものはそれぞれの国の労働者および国民大衆であった。そして平和をのぞみ、その荒廃した生活のたてなおしをばげしく要求した。そして大戦のもたらした惨禍は戦敗国はもちろん、戦勝国といえども、それぞれの国の独占資本ならびに支配権力に大きな打撃をあたえた。戦後の各国の政治的経済的再建にあたって、労働者階級を中心とする国民大衆の発言力

は増大し、この要求に大きく譲歩せざるを得なかったからである。このことはつぎのような国際的な諸動向が、その一端を証明するであろう。

一九四四年三月フランスのナチスと闘う抵抗全国協議会の綱領における社会保障の拡充の要求、四五年二月空襲下のロンドンにおける四二カ国の世界の組織労働者代表からなる歴史的な世界労働組合会議の平和条約と戦後の復興にたいする具体的かつ詳細な十八項目の諸要求がそれである。また連合国側においても、すでに一九四一年八月の大西洋憲章にはその第五原則として「あらゆる改良された労働水準、経済的進歩、社会保障を確保する目的をもって経済分野におけるすべての国家の完全な協力をもたらすこと」と規定し、これが四二年の国際労働機構（ILO）の「社会保障への道」Approaches to Social Security を通って、一九四四年の第二六回ILO総会で採択されたいわゆるフィラデルフィア宣言 Declaration of Philadelphia ならびに「所得保障に関する勧告」Recommendation concerning Income Security と「医療保障に関する勧告」Recommendation concerning Medical Care に具体にして詳細な形をとった。この宣言にはILOの根本原則の第三として「どこかでの貧困は、どこでもの繁栄の脅威となる」と第四では「欠乏にたいする斗いは各国内における不屈の勇氣をもって」とうたい、達成されるべき計画の一環として社会保障計画をつぎのように規定している。「基本的収入による保護を必要とするすべての人びとに：収入をあたえ、かつ広汎な医療をあたえるように社会保障の措置を拡張すること」と。

かくしてこのうち所得保障に関する原則は四七年の「国際社会保障協会」の第八回総会でそのまま承認され、四八年の国際連合総会で採択された世界人権宣言においても社会保障は権利として明確化されたのである。なおこのような推移のなかでもう一つ無視できないのは、イギリスのビヴリッチ氏を中心とする社会保障プランが、四二年十

二月に公表され、世論調査とその圧倒的な支持のもとに終戦時の四五年から労働党政府によってつぎつぎと実施をみたということである。これはゆりかごから墓場という言葉でも知られるように世界各国の政治家、国民諸階層に大きな刺激となった。しかしなんといっても資本主義諸国の労働者階級にとって、社会保障の分野でもっとも大きな導きの星になったのはソヴェート同盟における社会保障であったことはフランス総同盟幹部アンリー、レイノーの言葉をまつまでもないであろう。こうして社会保障は、従来の社会保険、公的扶助、社会福祉などのバラバラな制度を総合化する方向をとりとくに労働者とその家族を対象にする社会保険より全国民を対象にする社会保障となり、国家があらゆる面でその責任をもつという方向をつよめた。そして世界各国にも若干の濃淡はあっても広汎な前進をしめしはじめたのである。

社会保障の停滞と後退

ところが一九四九年いらい、前進とは逆に停滞と後退の方向さえとりはじめた。その最大の原因はアメリカ独占資本による再軍備計画の強制であり、いわゆるマーシャルプランの西欧諸国への実行であった。このことはイギリスの労働党幹部故ベヴァンの言葉、バスターが大砲かが単純に示すように、戦争政策と社会保障政策は両立しないことを意味する。そして停滞と後退の傾向が国際的にはじまる。このような時点で開催されたのが、一九五二年三月の世界労連提唱によるウィーンの国際社会保障会議であった。これは五九カ国から二六六人の参加者によってひらかれた史上最初の民主的な国際会議であった。ここでは社会保障の危機が、各国より訴えられ、社会保障を守り、改善擁護するための社会保障綱領やアッピールがきめられた。こうして若干のよろめきをしめしながらは、ILOはフィラデルフィアの勧告いらい八年目にして、一九五二年六月「社会保障の最低基準に関する条約」をアメリカ

代表の反対に後退しながらも、採択したのである。

かくして現在どれくらいがどの様な社会保障制度を実施しているかといえ、一九五七年三月末でつぎのとおりである。

社会保障諸制度の実施国数

1、老令廃疾遺族保障	五二カ国
2、医療保障	四九カ国
3、労働災害保障	七三カ国
4、失業保障	二五カ国
5、家族手当保障	三六カ国

この五つの制度のなかでいまだにわが国で実施されていないのは社会保障としての家族手当制度である。

第二、わが国の社会保障の歩み

わが国の社会保険のはじめは、一九二七年（昭二）の健康保険法の実施である。一八六八年（明治元）からこの年までいわゆる公的な社会保障に近い制度というものはまづなかったといつてよい。そして第二次大戦終了までの歩みをたどってみると、救護法（一九三〇年―昭七）国民健康保険法（一九三八年―昭二）船員保険法（四〇年―昭一五）厚生年金保険法（四二年―昭一七）の制度だけにすぎない。もちろんふつういわれるようにわが国の産業資本の確立という時期は、日清日露の戦争を契機とする一八九〇年代といわれる。

しかしこの久しきにわたる期間に、軍人恩給や文官恩給のほかに、封建時代そのままの恤救規則（一八七四年―明治）という慈恵政策しか存在しなかったし、これが五十余年つづいたということ、またようやく近代的若干の装いをもつ工場法の成立が一九一一年（明治四十四）で、実施は一九一七年（大正五）であった。このような事実が日本資本主義のあらゆる分野にみられる後進的なあらわれの一つの側面であった。その上戦前の社会保障の前期的形態としての諸制度は、多くは戦争とむすびついたものとして登場した。

救護法の制定と実施は世界恐慌と満洲事変の時期にあたり、国民健康保険法は、立案は農業恐慌を背景にする農山漁村民の医療費負担の緩和という若干人道主義的な意図があったが、実施は中日戦争とともに開始され、船員保険は、戦争の拡大とともに海上輸送確保のための妥協策として、太平洋戦争の前年に実施され、厚生年金保険は、太平洋戦争の真只中につくられた。こうみると健康保険のみは国際的なわが国労働者政策の貧困をカバーするためにつくられたが、他はいずれも、一連の戦争政策の一環として登場したことは否定できない。

このなかでも周知のように厚生年金保障（当初は労働者年金保険）は、保険料率を千分の一一〇という国際的にみても稀な高率をもってし、肝心の老令年金支給開始は、坑内夫の一九五四年（昭和二十九）より的一部適用をのぞいては、かけ金期間二〇年後ということで発足し、いまだに一般民間労働者で一人も老令年金うくるものなし（早くても六三年（昭和三八）というありさまである。つまり保険料の長期収奪を前提にし、戦前は戦費に、戦後は大蔵省の資金運用部を経由する財政投融资―独占資本の擁護政策の本質をいまだに堅持しているといつてよい。

戦後の社会保障の整備

敗戦により事態は大きく変った。占領軍当初の一連の民主化政策のもとに、四六年には新憲法と労働組合法が公

布実施され、さらにこの年救護法が衣がえして新たに生活保護法となった。ついで翌四七年四月には労働基準法とともに労働者災害補償保険法が、さらに十一月失業保険法が新たに制定実施をみた。さらに四七年から四八年にかけて社会福祉、公衆衛生、医療制度万般にわたって改革がなされ、実体はともなわなくとも法律と形式は大きく改革されたのである。もちろんこのような形式的な整備は、食糧メーデー(四六年五月)や二、一スト(四七年二月)の国民大衆や労働者大衆の抵抗と国際的な民主主義諸国家の援助という背景のもとでなされたものである。

一九五〇年(昭二五)朝鮮戦争のぼつ発を前にして連合軍の指示により、内外ともに軍事化、反動の政策を急カーブにわが国はとっていった。この年十月内閣の社会保障制度審議会の一年半にわたる社会保障勧告も棚上げされ、翌五一年の医療保障改善に関する勧告も同様の扱いをうけた。五二年四月サンフランシスコ対日講和条約がむすばれ、一応の独立の方向をとったが、日米安全保障条約とこれにもとづく日米行政協定が成立し、軍事化の政策を強化するにいった。警察予備隊が保安隊となり(五二年)ついで五三年四月には旧軍人にたいする恩給が復活し、五四年には自衛隊として一段と強化されるにいった。

一九五三年と五四年は、朝鮮戦争の休戦と国際的不況の萌しのおりもあり、経済不況にみまわれ、中小企業の倒産が相つぎ、失業者は増大していった。五四年度はすべての社会保障制度が深刻な財政危機に直面した年である。すなわち失業保険と労災保険は創設いらいはじめての年間収支で赤字をうみ、中小企業労働者を対象とする政府管掌の健康保険が約四〇億円の赤字、市町村の国民健康保険は五二年から療養費の二割を国庫補助されはじめたにもかかわらず、約四割は赤字ということであった。この五四年(昭二九)からわが国の社会保障政策の後退改悪がはじまる。

社会保障後退改悪の跡

一九五四年初頭に、政府は社会保障国家予算案の全面的な圧縮削減を企図したが、これは労働者やあらゆる関係団体、自治体の反対と世論の批判をうけ、原案を撤回してようやく前年度なみの予算ということでおさめた。しかしこの年七月、社会保障予算で最大の比重をしめる生活保護費そのなかでも医療扶助の圧縮をはかるためにきびしい入退所基準を行政措置で実施しようとして、結核患者の全国十七都道府県の県庁が坐りこみをみるという惨めな抵抗をもたらした。また一月まえ一方的点数引下げに反対して保険医の一週間にわたる厚生省正門前の坐りこみという抵抗もあった。

失業保険が改正され、季節労働者の既得権が圧縮され、失業保険受給者にたいする取扱いが一だんと嚴重になった。さらにそれまで死物化していた厚生年金保険が、炭鉱山の坑内夫にたいする老令年金支給開始を契機に大巾な改正をみたがこの保険のもつとも劣悪な内容（かけ金期間の二〇年、減額年金制の欠如、年金額の低さ）はなんら改善されなかった。ただこの年日雇労働者健康保険とけい肺特別保護法の二つの制度が、内容がきわめて不十分なものであっても、関連労働者の長期の統一斗争によって創設されたということは注目されなければならない。

さて一九五五年以降こんにちまで二つの大きな社会保障政策の推移をみる事ができる。その一つは国民皆保険を前提とする一連の医療保障の動きであり、他の一つは国民年金の実施を前提にする公的年金制度の一連の改悪の動向である。

前者は生活保護（医療扶助）ののっている引きしめが毎年のように強められてきたとともに、健康保険の改悪が三年ごしかかって五七年（昭三二）の六月成立実施をみ、被保険者本人にたいし一部負担の増をもたらしその他もろ

もろの官僚統制がつよめられた。そして国家および地方公務員共済組合にも順をおって波及した。これは皆保険の外濠を埋める地ならしである。

さらに五八年十月になると社会保険甲乙二表という診療報酬新点数が、一年あまりもみぬいて実施された。これは一見保険医にたいする譲歩のようにみえたが、本質的には医療費の総枠のふえるのを最小限度におさえ（約六%から八%）医療内容の低下を狙ったものである。とくにこの甲乙二表実施にあたり、日本経営者連盟が健康保険組合連合会とともに、厚生省作成の甲表を支持し、懸賞標語の募集をしたということは重視されなければならない。これが第二の地ならしである。

こうして皆保険政策の総仕上げとして、五九年（昭三四）一月より二〇年来維持してきた国民健康保険法を大巾に改正して、新国民健康保険法として実施をしたのである。これは国保の診療報酬を健康保険と同じく一律にし、給付内容をレベルダウンして標準化し、市町村自治体の自主性をかなりのていどに制約したものであった。そして六一年（昭三六）の四月一日まですべての市町村は国保をつくらなければならないと強制した。

一方国民年金の創設を予定して、文官の恩給を社会保険としての退職年金制にきりかえることによって、公務員の明治以来の特権的権利とされていた内容をレベルダウンし、まず国家公務員の恩給を廃止して五九年の秋よりこれを共済組合にし、地方公務員のそれも同じような運命をたどることは時間的な問題となっている。おそらく一九六二年には立法化されるであろう。

この文官恩給の廃止の狙いは、単に国民年金への地ならしということに加えて、軍人恩給の増額（これまでは文官恩給にスライドされてきた）を一応おさえようということ、さらに社会保険仕くみにすることにより、その積立金の

運用を、他の公的年金と同じように、資金運用部資金を通して大資本への資金造成の一つにしようということにあったことは明らかである。

さらに厚生年金保険法も六〇年春改悪された。それはなによりも積立金の飛躍的増大を狙うものとしてなされた。すなわち保険料率の引上げと標準報酬の最高をこれまでの一万八〇〇〇円より三万八〇〇〇円にまで引上げたことによって示される。保険料率は男子労働者の千分の三〇を三五に、女子はすえおきの千分の三〇、坑内夫は千分の三五を四二と引き上げられた。この法改正によってそれまで年間四〇〇億円ないし五〇〇億円の保険料収入が一〇〇〇億円をこすようにふくれあがった。これもまた国民年金創設への地ならしである。この他に公的年金の通算問題という新しい制度の導入がある。これはこれまで厚生年金と船員保険のあいだにも行われていたことであるが、それ以外の制度にはなく、とくに国民年金をつくったことにより、どうしても考慮されなければならない。すなわち長い生涯のあいだにいろいろな公的年金をある時期に経験したときのその間の調整をどうするかという問題である。これは一步前進ともみられないこともないが、問題は厚生年金のもつ劣悪さをそのままにし、問題の拠出制年金に抜本的改善改正を加えず、人生の最終コース時の公的年金を基礎にして、それで通算しようというのであるから、まともな年金という保障はほとんど期待できないという結果になる。このことが通算では指摘されなければならない。この通算に関する法律は六一年秋の国会で成立した。

問題の国民年金については社会労働研究第十三号の拙稿「社会保障と貧困層」においてふれたとおりである。これは明らかな社会保障という衣をまとった経済政策といえよう。ともかくこうして政府および資本の意図する皆保険と国民年金の二つの大きな社会保障政策は実施されたのである。

第二表 社会保険普及状況(60年3月末現在) 社会保障制度審議会事務局調 (単位 1,000人, ※は推計)

区分	保 険 関 係				失業関係	労災関係	老令痼疾関係
	被用者	家族	一般国民	計			
健康保険〔政府管掌〕	7,961	8,877		16,838			
日雇健康保険	4,496	7,319		11,815			
船舶員健康保険	930	1,116		2,045			
国家公務員共済組合	206	352		558	120	207	207
国家公務員共済組合	2,137	3,779		5,916			
市町村職員共済組合	690	1,631		2,321		690	690
私学教職員共済組合	397	705		1,101			140
国民健康保険	80	67		147			82
失業保険			43,244	43,244			1,191
国家公務員退職手当暫定措置					12,260		
地方公務員退職手当暫定条例					※ 1,697		
労働者災害補償保険					※ 1,617		
国家公務員労災						14,005	
国家公務員労災						※ 1,006	
地方公務員労災						1,617	
厚生年金保険							11,762
農林漁業団体職員共済組合							296
恩給(国,地方)							1,326
恩給村職員恩給組合							186
計	16,896	23,846	43,244	83,985	15,694	17,525	15,880

これと関連して五九年の七月にはいわゆる日本型といわれる、地域別業者間協定による最低賃金制が実施され、さらにこの年中小企業労働者退職金共済法が成立実施をみた。また六〇年の春には失業保険法とけい肺特別保護法がいずれも改悪された。失業保険法は従来給付の三分の一を国庫が負担するという原則を四分の一にへらしたと、けい肺特別保護法は、業務上のもつとも惨めなけい肺（よろけ病）背髄損傷病者の障害にたいし、実情に合わない非人道主義的保障に内容を改め、労災保険法の改正による長期障害者にたいする対策ということで一応の終止符をうったことに問題があった。

一九五四年（昭二九）以後の一連の動きをみても分るようにここ三、四年来政府の系統的先制的な社会保障政策が実施されたわけであるが、このような後退改悪政策が、六〇年春国民諸階層の未曾有の抵抗をおしきって成立発効して新日米安全保障条約と無関係とはいえないことである。それは社会保障拡充というよりも、明らかな財政策、経済政策の重要な一環として企図され、実施されたもので、このことはわが国のもつ資本主義的矛盾不合理をより拡大せしめる役割さえもっているといつてよいであろう。

なお社会保険の普及状況を第二表としてつけ加えておいた。

第三、わが国の社会保障の特長

—— 社会保障の二重構造について ——

わが国の資本主義機構がいわゆる二重構造といわれるもろもろの矛盾不合理をもっているように、社会保障諸制度自体がまた二重構造といわれるような不合理を数多くもっていることである。本来社会保障制度は、歴史

的にみても、その制度を必要とする低賃金労働者や低所得貧困国民大衆にもっとも手厚い国家的保障がなされなければならないものである。ところが日本の現状はこれとは全く逆な状態にある。逆立ちをしているといつてよい。このことがいかなる意義と役割をはたしているかということを以下いくつかの特長点にしぼって分析検討してみたいと思う。

第一の特長点は、制度のおどろくべき多様性である。第二表をみても分るように社会保険は、被用者のそれと一般国民のそれとに分れる。ところが被用者の社会保険は、十二種類にわかれ、それに恩給法と国家公務員災害補償法を加えると十五種類になる。これらは、国家公務員か地方公務員かさらに公共企業体職員がちがいで異なり、民間産業労働者でも、大企業か中小零細企業、五人以上か五人以下か、日雇労働者かによって分け、また陸上か海上か、炭鉱山の坑内夫かなどによってまた区別される。すなわち働いている場所の大小、職業や身分のちがいによって異なってくる。このほかに一般国民、農民自営業者にたいしては、国民健康保険と国民年金という二つの社会保険がある

このほかに狭義の社会保障制度の範疇に入るものとして国家扶助（公的扶助）としての生活保護法、公衆衛生関係制度では、結核予防法、精神衛生法、伝染病予防法このほか各種の予防法、保健所法などの制度と医療制度についても、数えきれない関係立法がある。最後に社会福祉関係制度としては、児童福祉法、身体障害者福祉法、未帰還者留守家族等援護法、戦傷病者戦没者遺族等援護法、母子福祉資金の貸付金等に関する法律、世帯更生資金制度災害救助法、社会福祉事業法、社会福祉事業振興会法、民生委員法などがある。

こうした制度の多様性は、また行政機構のそれを伴う。中央官庁がこれを管掌するわけであるが、前記制度のう

ち社会保険以外は、厚生省が行っているが、この社会保険は十の官庁がこれを管掌している。すなわち厚生、労働大蔵、運輸、郵政、文部、農林、自治省の八省と、総理府、人事院である。これらの各中央行政府は、それぞれ地方に出先機関をもつ。都道府県庁とともに、その第一線機関としてつぎのごとき系列をもつ。労働基準局↓労働基準監督署、失業保険課↓公共職業安定所、保険部課↓社会保険出張所、衛生部課↓保健所、社会福祉各課↓福祉事務所といった風である。地方事務所もまた、保険、社会福祉関係の第一線機関である。公務員の各種共済組合はおびただしい支部をもっている。

だれしもこれらの各制度を一括して一つの省に、たとえば社会保障省にして、都道府県や地方の段階でも少くとも建物を一緒にしてできるだけ事務を簡素化した方が、行政の面でも、また保険者や被保険者国民大衆の側からも時間と経費を節約でき便利であろうと容易に考えられることであるが、このような行政機構の一元化は、これまでしばしば、審議会の勧告とか、関係団体の意見として公けにされても、いつも陽の目をみずして葬られてしまった。このもっとも大きな抵抗となったのは各行政庁のもつ官僚のセクシヨナリズムとその官僚に直結する国会議員のそれを代弁する力といってよいであろう。事実これら数えきれない制度ごとに中央から地方までまた無数の関係団体があり、これが官僚のうばすて山的存在化し、陰然とした力になっていることも否定できない。

第二の特長は、社会保険にみられる給付を中心とした内容の著しい不均衡さである。これを個々の制度別にまた事故別に比較検討することはいたずらに煩雑さをますばかりであるのでその主要点にとどめたいと思う

① 公務員の共済組合は、いわゆる総合保険であって、短期給付と長期給付の二通りあるが、そのいずれも法定の給付は、民間労働者のそれを上廻るものが多い。なかでも民間労働者の社会保険にない給付は、休業手当、弔慰金、

家族弔慰金、災害見舞金などである。

② 民間大企業の健保組合および公務員共済組合には特別附加給付という制度があつて、これは健保組合の方が伝統的に圧倒的な優位さをもっている。健保組合連合会の附加給付の実態調査によると（機関紙健康保険三五年六月号による）一九五八年（昭三三年）度で、全国一〇一〇組合のうち九六八組合、九六％が実施しており附加給付の種類も、被保険者本人で十三種、被扶養者で九種あり、そのなかでもっとも多くの組合が実施しているものは、家族療養附加金（療養費の一部負担を減免している）で六七％、ついで本人の傷病手当附加金が五三％、家族埋葬料附加金が四八％ということである。その他に被保険者と家族共通のものとして分娩哺育手当金などが多くまた本人の延長傷病手当金も二八％の組合が実施している。各費用別の総額からいうと。この第一位の家族療養附加金が件数で九六％金額にして七七％というのであるから、全体の附加給付の大部分をしめることになる。こうして健保組合の被保険者一人あたりの法定給付は一〇、〇一五円であるのに、附加給付費の一人平均は一、三九〇円で（いずれも五八年度）増加の傾向にあると。このような附加給付の存在は公務員といえども現状では追いつきをゆるさないほどの優位さをもっている。

③ さてこのような状態のほかに、民間大企業の健保組合や国鉄専売その他の現業共済組合および国家ならびに地方公務員共済組合に共通してみられる福祉施設としては、直営ないし関連の病院診療所を数多く保有し、さらに海の家、山の家をもち、全国いたるところの温泉場や景勝地に大小の保養所、宿泊施設、県庁の所在地にも宿泊寮施設などがある。近年かなりデラックスな建物が目につくようになった。さらに運動場や組合会館、健保組合のばあいには人間ドック専用の補助から株券保有にいたる傾向まででてきた。このような状態は厚生省の指導奨励によ

るものである。とすると自ら厚生白書で、国民のあいだに貧富の差の拡大をいつもかこちながら、社会保障の給付の格差を政府自らますます助長するものであるといわなければならない。

④ なお公務員の共済組合のばあいには、多少のちがいはあるが、住宅施設、貯金、貸付金生活必需品の購買販売事業などの分野にわたっていろいろな事業が、長期給付積立金の運用によって行われているという独自の制度がある。これに類するものは、民間企業のばあいにはあとにのべるいわゆる福利厚生事業である。

⑤ これにたいし中小企業の政府管掌の健康保険や日雇健康保険は、法定給付のみで附加給付は全くなく、その他に社会保険医療機関もないわけではないが、これは他の公私立医療機関とほとんど変りがないし政府健保には保養所も若干あるが、その利用者と利用のどあいからみるとほとんど被保険者大衆の利用からはほど遠い存在である。

⑥ さて日雇健康保険は被用者保険では最低である。もともとこの保険は、自由労働者と土建労働者の全国的な統一要求とその運動によってかちとられたものであり、はじめは現行よりもはるかに劣悪な内容のものであった。そのために毎年のように改善運動がつづけられ、きびしい資格条件を緩和し、傷病および出産手当金、歯科の義歯などの新設などをとりいれ、六一年五月よりは療養給付期間は、それまでの一年でうちきりを二年間まで延長せしむことに成功した。にもかかわらず、資格条件もまだきびしく、保険制も相対的に高くその上現金手当の額や療養期間は、一般の健康保険からみるとはるかに劣悪であるといえよう。

⑦ さらに五人未満の零細な家内企業の労働者になると、任意包括という適用の途があるが、この適用はきわめてまれで、健康保険、厚生年金、失業保険、労災保険など一切の社会保険から原則的に除かれている。対象を把

握するのが至難という理由があるが、もっとも大きな理由は、低賃金のゆえにそれを加入せしめることによって保険財政がおびやかされるということである。あきらかに労働者でありながら、労働者としてのまともな社会保険が適用されず、市民や農民と同じく国民健康保険や国民年金の適用を余儀なくされているということは不合理であり、わが国の社会保障の一つの惨めな盲点といえよう。

⑧ 一般国民対象の国民健康保険は最低である。以上は医療保険を中心とした被用者保険の給付と内容の著しい格差の状態についてふれたのであるが、これら医療保険のうちで最低である日雇健康保険よりも、さらに内容の劣るものは、農民市民を対象にする国民健康保険である。このことについては、社会労働研究の「貧困層と社会保障」で詳述したとおりである。どこが問題であるかを列举しよう。(イ)それは国保のばあいには世帯主も家族も五割給付、五割の一部負担が原則であること。(ロ)給付内容が制限され、とくに往診料、入院時の給食、附添料、寝具代義歯代など除外されて、患者負担という国保が圧倒的に多いこと、(ハ)傷病手当金、出産手当金のような現金給付が現状では皆無であること(例外として医師国保組合の若干に傷病手当金制があるのみ)(ニ)さらに療養の給付期間が原則的に三年という法律にしていることなどである。このなかで若干説明を要するのは最後の療養給付期間三年で打切りということであろう。これは被用者である公務員や民間労働者のばあいは、三年治療してもなおらなかったばあいには休退職せざるを得ないが国保のばあいには三年で治癒しないばあいでも依然として農業自営業その他の一般国民がその仕事や住民としての生活を放棄して逃げだすというわけにはいかない。したがって疾病をもちながら保険料(税)は徴収される。それでいて被保険者証は使えないという不合理がでてくる。皆保険といいながらこのような冷酷さをもっていることは許されることではない。とくに新国保法実施以前の市町村国保の八割以上は、条例によって転

帰するまで、（病気が全治するか、あるいは死亡というけりがつくまで何年でも）という内容をもっていたのが、財政ひきしめを理由に新法は一斉に原則として三年に短縮してしまった。

以上は医療保険を中心とした考察であるが、これ以外に老令、失業、労働災害についても医療保険ほどではないが、かなりの不均衡がある。とくに老令年金については著しい格差がある。文官恩給、公務員共済組合、厚生年金、国民年金の順で肝心の老令年金その他の給付には雲泥のちがいがあるということである。

また失業保険については、民間労働者のばあいには労働省所管の失業保険として一本になっているが、公務員の共済組合のばあいは総合保険であるし、そのなかの退職一時金のみであるから厳密な意味の失業保険といったものはない。労働災害補償は民間のばあいには一元化されているが、適用の状態が危険有害な作業の事業か否かによってその適用の有無がちがってくる。公務員の災害補償は、民間の労災保険に準じてなされているが、運営はかなり複雑化している。なお失業労働者である失業対策事業の労働者が、日雇失業保険をもっているのは外国に例のない日本的制度といってよく、そして現実には適用条件がきびしく、ふつうは、やらざるばかりの保険とさえ評せられている所以である。

第三の特長は、社会保険の費用負担が、不均衡で各種各様の様相を示していることである。それは費用負担としての保険料率、その労資の負担割合、国庫負担ないしは補助の割合などそれぞれの保険によって異なるということである。

国家公務員共済組合は、恩給の廃止にともない、退職年金としてその部分は社会保険化したが、従来の恩給のときの掛け金が、基本給の二%だったものが四、五%に引き上げられ人数が少ないほど、被保険者である掛け金率が

高くなるという不合理をとまっている。

国鉄専売公社などの公益企業体の分離にもなってその社会保険も、一九五四年（昭二九）に公共企業体職員共済組合法にまとめられたが、これまた各公社ごとに長期の伝統と既得権によってその内容はかなりの差異をとまっている。さらにもう一つの不統一は地方公務員のばあいである。これら地方公務員の恩給部分が都道府県、地方自治体によって、大きく異なる。これまで国家公務員は、甲乙丙の三種にわけられ、長期分と短期分とで、保険料負担分を異にし、短期のばあいには、事業主である国と被保険者である公務員の負担割合は切半負担であり、長期のばあいには若干国の負担分が、上廻っているというのが現状であるが、これも各省によって保険料率に高低がある。以上のことは国家公務員のばあい、各省ごとに企業別にほぼひとしい給付をしてあるからであり、加入人員の多少によって、多様性と不均衡をとまう。この傾向は地方公務員においてひどく、恩給廃止共済組合の退職年金化にかなりの障害をなしている。さらに五四年（昭二九）の厚生年金保険改正にもなって地方公務員のばあいにはこれを恩給と共済組合に移行したが、このとき複雑な経過措置をうんだ。それにもかかわらず東京、横浜、名古屋、大阪などの大都市には依然として民間労働者を対象にしている健康保険組合が厳存している。以上の推移と現状をみると、公務員のばあいにも、制度の多様性から費用負担の不均衡は明らかである。

ところが民間産業の労働者のばあいには、健康保険、厚生年金保険、失業保険とも六〇年五月より法改正によって料率の修正をみ健康保険組合以外は、法をもって労資の負担割合は切半負担ということである。すなわち、政府管掌健康保険法は、黒字を理由に千分の六五を千分の六三に、厚生年金は前述のように一般男子は千分の三〇から千分の三五に、坑内夫は千分の三五から四二、女子労働者はすえおきの千分の三〇に改めた。失業保険は大きな積立

金の累積と中小炭鉱地帯の地域的集団的失業の発生を理由にやはり六〇年の法改正により保険料率を千分の一六から一四に引下げ、国庫負担率を給付の三分の一から四分の一に引き下げ、その他若干の改良措置を講じた。また日雇健保も赤字を理由にして六一年五月より保険料月額がそれぞれ、一級二六円（二〇円）二級二〇円（一八円）と引上げられた。

ここで問題にしようというのは、公務員の共済組合の短期給付部分と、民間大企業の健保組合をのぞくその他一切の被用者保険の保険料率の労資割合が切半ということが法制化され、このことについてわが国のばあいは肝心の労働者階級からあまり問題視されないということである。このことを国際的な主要国の資料からみてみよう。

第三表はあとにもいろいろな角度から引用したいと思うが、この資料のうちに、収入財源の構成比のうち拠出制収入の労資の負担の割合である。この表のみでは詳細な分析は無理であるが、単純に言えばこの労資の負担の割合をみても、労働者負担分の多いのは主要国十三カ国のなかで、デンマークと日本とニュージーランド、スウェーデン、スイス、イギリスの六カ国である。とくにフランスとイタリーのような労働運動の強大なところでは圧倒的に使用者側負担が多いということである。

もっとも労働者の社会保障の保険料率の労資の負担の割合は、それぞれの国の労資の力関係のあらわれといえよう。したがってその対抗関係によっては修正をみるべきものである。過去の国際労働運動史は、しばしば新しい社会保険制度の創設にあたり、またその後の推移において、この保険料の労資の負担の割合を焦点にしてはげしく斗われてきた事例は数多くみられるところである。日本においても、健保創設を前の大正末期にいわゆる健保ストライキがひきおこされたのは、保険料の切半負担の強制にたいする抗議であった。ところが戦後十数年の歩みのなか

第三表 社会保障の給付と財源構成の国際的比較 ——(1954年度)——

	給 付		収 入 財 源 の 構 成 比 (%)								
	給付支出総額 の対国民所得比	給付支出総額 に対する消費支出比	国民一当り 給付額(1)	拠 出 金 収 入		社会保険国 特別 税 収	家 公 共 団 体 入 支 出 収	資 産 他 制 度 からの入	その他		
				被 保 険 者	使 用 者						
オーストリア	16.1	16.2	63	224	466	—	260	7	5	29	9
ベルギー	15.1	14.7	123	187	434	1	—3	22	32	—	24
デンマーク	10.7	10.6	82	127	116	—	486	—	5	—	—
フランス	17.5	15.9	161	161	329	45	118	29	1	12	5
西ドイツ	18.3	19.5	95	218	395	29	271	27	13	41	6
イタリア	13.7	13.2	45	58	669	—	237	—	20	—	16
日本	6.3	6.9	12	237	207	—	400	106	22	—	28
オランダ	8.9	9.4	46	174	491	—	272	—	55	4	4
ニュージーランド	12.5	14.2	128	475	41	82	392	13	10	—	0
スウェーデン	28.6	12.9	115	190	91	—	524	273	12	—	10
スイス	11.2	—	74	318	245	—	90	197	80	—	70
イギリス	10.0	10.5	87	170	161	—	568	28	9	—	—
アメリカ	5.2	4.9	96	200	345	—	252	152	51	23	41

注 1. 原資料より公定ドル価で換算して作成したもの
2. 資料は I. L. O The Cost of Social Security. 1958年

で、このような動向はほとんどみられなかった。切半負担の原則は当然というような意識が、政府と資本の巧みなPRによって大した疑いもなくうけいれられていることは否定できない。

資本主義社会においては労働者の賃金が労働力の価値どおり支払われることはない。つねに価値以下にきり下げられ、ほんらいの賃金部分の一部まで利潤として資本に吸いあげられている。したがって社会保険は、労働力の価値以下にきり下げられた賃金の一部を、国家が法律をもって強制する社会保険の保険料負担を通じて、いわば賃金以外の形で、資本の利潤の一部を資本負担という形でとりもどすべき意義をもつものといえよう。このことは個別資本での労働者の費用負担でなされていた自主的な共済制度より、総資本対総労働の社会保険へ移行した状態を想うならば、より以上にはつきりするわけである。したがって被用者保険のばあいには、社会保険の費用は、全額資本家負担ないし資本家と国庫負担という目標のもとに、現実には労働者の負担する部分を軽減していく目標で斗われてるが、この辺を理論的に深めることが重要であろう。すなわち労働者の保険料負担軽減の斗いは、あきらかに利潤と所得の再分配の斗いでもある。

もう一つ一般国民の社会保険である国民健康保険と国民年金についてみてみよう。国民健康保険について保険料（税）の徴収基準は厚生省の示すところによると、一〇〇のうち五〇は加入世帯および加入者の所得と資産割によってきめ、のこりの半分の五〇は、貧富の差、収入の有無に関係なく、一軒一軒の均等割と世帯員の一人一人の平等割によってきめることになっている。これが低収入貧困世帯が、国保加入の六七割をしめるという現状からいっていかに重圧となっているかは、最近ようやく指摘されてきた。ここに国保の費用負担についての矛盾がある。当然所得割の比重をふやさなければならぬ。もう一つ国民年金のなかの拠出制年金については、所得資産に関係な

く、年令によって月額一〇〇円(二〇才―三五才未満)と一五〇円(三五才以上)ときめられている。いわゆるフラット制である。この不合理も六〇年夏いらいするどく国民諸階級によって批判されてきたところである。

さてわが国の社会保障とくに社会保険にたいする国庫負担ないしは補助の割合はどうであろうか。

民間産業の労災保険、公共企業体職員共済組合、市町村職員共済組合、私学教職員共済組合、町村職員恩給組合などは、事務費にたいする国庫負担もない。労災保険は、労働者の無過失賠償責任の国際的な理論のもとで全額事業主の負担(保険料)によってまかなわれるということは当然であるが、それ以外のこれらの制度は事務費にいたるまで自前ということである。ところがこれ以外のすべての社会保険の事務費は、被用者保険から国民健康保険か国民年金にいたるまですべて全額国庫負担が建てまえになっているが、実際にはすべての保険ごとにそのかかっている費用実額からいうとかなり下廻っている。給付費にたいする国庫負担と補助は第四表のとおりである。

この他にわが国の社会保障制度中最大の国庫負担を伴う生活保護がある。これは周知のようにこの費用の八割は国がもち、二割は県また市である。以上が立法化されている国庫の負担ないし補助率である。そして生活保護について社会保険のなかで国庫負担額の多いのは、国民健康保険であり、国民年金である。これは日雇健保の国庫負担率の高さとともに国庫負担の形で各制度に考慮している姿は、一応もっとも低収入貧困世帯を対象にしてその比重が多くなっているので、この点は所得の再分配ということからいえば、一応の筋を通してことになる。それにもかかわらずこれら低収入貧困労働者、国民大衆のそれぞれの制度の中味はあまりにも貧しいということが問題である。つまり貧困と社会保障の悪循環をわが国の制度は文字通り具現化しているといつてよい。

さきの第三表によつても主要国によつて、社会保障の収入財源にしめる国庫収入の比重にはかなりの濃淡があ

第四表 各種社会保険の給付にすいする国庫負担率

日 雇 健 康 保 險	失 業 保 險	厚 生 年 金	船 員 保 險	国家公務員共済組合	私学教職員共済組合	農林漁業団体職員共済組合	国民健康保険	国民年金
給付の三五% ただし傷病手当金 出産手当金については三分の一以内 給付にたいする定率はなく適時補助	給付の二五%	給付費坑内夫二〇% 一般労働者一五%	失業給付は三分の一 年金給付に七分の二	長期保険の七分の一	長期給付の十分の一五	給付の十分の一五	療養給付の十分の二、他に五分の調整交付金	無拠出制福祉年金の全額 拠出制年金は徴収保険料の二分の一

る、日本はイギリス、スエーデン、デンマークについて、その比重は多い方である。しかも日本の国庫よりの収入の大宗はいま指摘したように生活保護、国民健康保険、国民年金、それに関連するものとしての公衆衛生医療対策ということになる。第三表の統計の出し方にも問題があるがともかく第一の国際的な社会保障に至るまでの歩みのときにもふれたように、第二次大戦後、社会保障事故を全国民に拡大し、国家が責任をもつという方向をとるようになった。そしてその内容はその国の社会的文化的水準をはかるバロメーターであるともいえることも冒頭にふれた。その意味からいうとこの保険料負担や国庫、および地方自治体の負担の状態は一貫した理念のもとに統一してなされたものではなく、逆にそのつどの時代的な要請と依然たる資本の支配権力下のもとになされているものでありその基底にはおびただしい貧困大衆が沈澱しているということである。

第四の特長は、このやうなわが国の社会保険制度の多様性と給付その他の著しい不均衡と費用負担の不統一は、社会政策的観点よりみれば、労働者相互のあいだを分断分裂せしめさらに労働者と農民市民層を離間せしめる政策の有効な一環になつてゐるということである。もしも被用者の社会保険が、フランスのように総合的に一元化してゐるとすれば、これの改善は全労働者と家族にひいては全国民にプラスすることとなり、これを改悪すれば、組織労働者を中心に全労働者階級の抵抗をうけることになる。つまり制度の多様性と不均衡の保持は、資本にとっては、労働組合が企業別につくられてゐると同じように、労働者政策としては都合がよいことになる。このことは政府管掌健康保険法の改悪のときに、大企業労働者や公務員大衆に問題にならなかつたり、国保や、国民年金をよくするもろもろの地域中央における運動が肝心の労働者階級のそれぞれのもつ公的年金とむすびつかずにそれぞれの制度の斗いに終つたという欠陥を露呈してきた。

さてここで被用者保険のばあい、労働管理政策の重要な一つ的手段とされてきた事情を究明してみよう。

現業公務員の共済組合は、政府の保護政策と相まって一九〇七年（明治四〇）ごろより数十年の長きにわたつて伝統的に労働管理政策の傾向をもつて現在にいたつてゐる。大工場大会社の健保組合もまた一九二七年（昭和二）創設以来、制度的には民主的な運営が保障されてゐるやうな装いをもちながら、実質的には企業内の労働管理政策のもとに育成されてきた。そして戦後は当然企業の責任においてなされべき多彩な施設さえ、保健保養の名のもとに拡充せられてきた。また国家公務員および地方公務員のばあいには、法的給付の他に健保組合同様の各種施設とともに、金融事業や購買事業まで法認されてやられてゐるということである。このような例は先進諸国では稀有にぞくする日本の特長である。

企業における福利厚生事業

ところがもう一つ無視できないのは、関連事業としての大企業民間産業における企業内福利厚生事業といわれるもので、近年これは著しい発達をとげている。戦前のわが国の企業内厚生施設は日本型といわれる特殊な内容をもっていた。十九世紀末までは労働者抱置制といわれる陰惨な寄宿舎制度、二十世紀に入ってからようやく職工足どめ策として若干の大企業の共済積立金その他の施設、一九三〇年前後すなわち昭和初期の恐慌から大恐慌につぐいわゆる産業合理化時代から戦時体制へのきりかえの歩みのなかで、資本と政府は労働者運動と民主主義運動を抑圧しながら、慈恵的な徹底した企業一家主義による福利厚生事業がとられた。それは賃金として労働条件の一部にあたるものさえきりはなされて福利施設にくりいれ、社宅、日用品供給、金融、託児所からリクエーションにまでおよんだ。そして企業による従業員の丸抱え方策として企業に帰着、定着せしむことが最大の重点とされてきた。このことは戦後の現在にいたるも本質的にはほとんど変りはない。

ただし戦後の動向で明らかに区別されたことは、労働基準法の実施によってはじめて近代的な労働者保護の方向をとるに至ったことである。そして労働運動の昂揚にともない、賃金と福利厚生施設の一応の区別を明らかにしたことと、とくに寄宿舎の自治を法認したということである。こうして企業の厚生福利施設は、戦前のようなろつな恩恵的な施設ないし給付でなく、賃金や現物給付でない存在となり、就業規則や労働協約などによる使用者の支給義務として広く解せられるようになったのである。ただし、労働者階級がこのようにはっきり自覚しているかどうかということは別個の問題である。

福利厚生施設といわれるものの範囲を、日本経営者連盟の企業負担の福利厚生範囲としてあげているもので紹

介すると、つぎのような多方面にわたる。

- (イ) 住宅、寮、社宅関係、住宅手当、住宅融資
- (ロ) 医療、病院、医務室、療養所など
- (ハ) 生活扶助、給食、配給、理髪、浴場、修理、洗濯、通勤手当、家族手当、育児施設など
- (ニ) 文化体育、娯楽、運動施設、海、山の家、クラブ、図書、旅行その他のリクエーション
- (ホ) 金融、諸貸付金制度、貯蓄制度
- (ヘ) 安全衛生、被服、保護具
- (ロ) 共済制度、慶弔金制度
- (ケ) 法定福利施設、社会保険料の負担
- (リ) その他(イ)～(ロ)以外の組合にたいする福利厚生寄付金

注 一九五四、一二「労務関係における福利関係の現状より」より

福利厚生は日経連によっても、労働省調査によっても、事業所の負担による各種社会保険の保険料を法定福利費とし、それ以外の企業施設を法定外福利費としているが、つぎの諸統計はいかにわが国において、後者の法定外福利厚生費の比重が大きく、かつこの事実がわが国の労働者の状態と労資関係の特異性をあらわす重要な一断面を表わしているものといえよう。

「わが国の賃金水準は製造業において大体アメリカの一〇分の一、イギリスの三分の一、西ドイツ、フランスの二分の一でいどであるとされている」(国連一九五七年の統計より)という低賃金に加えて、諸外国の福利厚生費の賃

第五表 製造業における賃金にたいする福利厚生費の国際比率

	賃 金	福 利 厚 生 費		
		合 計	法 定	法 定 外
オーストリア	100.0	23.7	17.2	6.5
ベルギー	100.0	17.8	16.7	1.1
フランス	100.0	30.8	26.3	4.5
西ドイツ	100.0	21.1	11.9	9.2
ギリシヤ	100.0	20.9	18.4	2.5
イタリア	100.0	42.4	36.2	6.2
トルコ	100.0	19.3	6.8	12.5
イギリス	100.0	4.7	2.9	1.8
ユーゴ	100.0	49.0	39.3	9.7
日本	100.0	11.8	6.1	5.7

社会保障の歴史的考察と日本の諸問題

注 1. 小林雅男「福利厚生費の推移と国際比較」労働統計調査月報第八巻第六号による

2. 欧州諸国は I.L.O: Industry & Labour, 15 Dec 1957~1959
賃金労働者の単純平均, 日本は57年度労働省調査

第六表 福利厚生費の年次別推移 (日経連調査)

	1955. 10~56. 9		56. 10~57. 9		57. 10~58. 9	
	327 社		434 社		485 社	
	実 額	%	実 額	%	実 額	%
労 務 費	23,967	100.0	26,926	100.0	2,674	100.0
福利厚生費計	3,505	14.6	3,922	14.6	4,169	14.5
{ 法定福利費	1,463	9.1	1,600	5.9	1,705	5.9
{ 法定外福利費	2,042	8.5	2,322	8.6	2,464	8.6
{ 住 宅	692		799		833	
{ 医療保険	354		398		438	
{ 生活扶助	752		842		876	
{ 文化体育娯楽	159		199		208	
{ その他	85		85		108	

金にたいする比率は、かなり低位にあるばかりか、法定と法定外との比率の点においても、法定がいかに低位にあるかということは、社会保障制度の貧困と企業負担分がいかに少いものであるかの表われである。さらに日本のばあいには、法定と法定外とでほとんど対等であるのに、諸外国は、トルコをのぞいては圧倒的に法定が多いということも見のがしてはならない。

第六表は一九五五年より五八年の三年比較においても、法定福利費よりも法定外福利費が優位になっていることである。それに加えて日経連の政策の傾向として新しい合理化政策がうちだされていることである。これは金のかからぬ福利厚生を重視し、それは医療サービス、リクリエーション施設、クラブ活動、PR活動、提案制、苦情処理制度、奨学金制度などであり、なかでも社内預金、私的保険制度がここ数年来大きくクローズアップされているのを注目しなければならない。とくに私的年金制度の新設の傾向には問題がある。本来国家の強制する老令年金保険の拡充によるべきものが、社内預金と同じく個別資本の資金化と労働者の企業への忠誠と依存度合の強化といった狙いでなされていることなど、社会保障に移行しなければならないものまでもふくんでいるということである。この私的年金が、今年に入って法制化し厚生年金保険と二本建てにしようという動きがでてきている。これは私的年金の法制化によってその拠出金にたいする免税という狙いが大資本にあるのであるが、問題は国際的にもっとも劣悪な厚生年金保険の内容改善にいささかの熱意も示していないということにある。なお前記の日経連の法定外の福利事業の種目のなかには、かなりの部分が本来の賃金に導入されてよいものである。ここにも日本の賃金、労働条件の不合理があらわれている。またもう一つの傾向は、これら種目のうち、医療機関（病院診療所など）や海の家、山の家、体育、運動場、クラブハウスなどが、さきにもふれたように、社会保険や健康保険組合の施設として移行し

つつあるということである。これらの大部分は本来企業負担でなされるものである。労働者の費用負担（保険料）によってこれらの施設を拡大してきたということは大企業労働組合の自覚の未成熟のあらわれといつてよいであろう。

さて企業における厚生福利事業について、かなりくわしくふれてきたが、以上のような実態が、わが国の社会保障諸制度と関連しながら、労働者階級にたいする日本的な労務管理政策となつてあらわれ、いわゆる二重構造、賃金の格差をささえてきた。これにたいしてここ数年来、労働組合側においても健保組合や共済組合運営の民主化が叫ばれ、また企業内福利厚生についても労働条件に入るべきものとそうでないものをわけて、自主的な労働者の福祉共済活動としての方向が、労働金庫、職場および地域の生活協同組合、さらに火災保険、生命共済にいたるいわゆる自主的労働共済の強化とともにうち出しているが、まだまだ不十分といわざるを得ない。

第六、わが国の社会保障制度の貧困をささえているものは、すでに明らかなように、まともな最低賃金制度の実施をいまだみていないということである。一九五九年七月より実施をみた政府の地域別業者間協定による最低賃金法は、国際的にも例のない似而非なものであることは、多くの人から指摘されてきた。そして現実に協定された実情をみると、六〇年六月末までで適用事業所一四、三三七、労働者数二三万二五九九人、一五才雇入れ時日給一五〇円から二八九円で、うち二〇〇円から二〇九円がもっとも多い。

このように長期にわたる最賃制の欠如の下でわが国の資本と政府にとって戦後十六年の勤労者の所得または賃金の最低をきめる公的な制約として大きな比重と役割をはたしてきたものは、生活保護法の生活扶助基準と日雇労働者の日給であり、さらに賃金水準に大きな影響をもってきたものは、公務員の賃金ベースであった。これらは相互に補いあい、相互にその水準を引下げるように作用し、運営されてきた。前二者についてはわが国の組織労働者の

あいだにもようやく関心をもたれはじめているが、まだまだ不十分である。ところが公務員の賃金は、たとえ公務員に団結権の一応の保障はあっても、肝心の団体交渉権については大きく制約されているし、とくに罷業権になると完全に剝奪されているということを重視しなければならない。したがって公務員の賃金自体は大きく制約されていることになる。このことは当然民間労働者の賃金への制約ともなっている。一方わが国の産業機構のなかでもとも陽のあたらない老大な中小零細企業で働く低賃金労働者層にとっては、生活保護基準額や、失業対策事業の日雇労働者の日給の制約を有形無形にうけてきた。近年ますます増大しつつあるおびただしい臨時工、臨時職員、社外工の賃金も、しばしば生活保護基準額や日雇賃金よりも低いという事実を無視することはできない。

本年（一九六一年）になって生活保護基準は、春に一八％、年度内に五％計二三％引上げられたとしても大都市の標準五人家族で月約一万一九二〇円（四級地はこの約七割）、成人男子一人月二四四〇円その一食分約二三円という事実や、失業対策事業の日雇労働者が、全国平均で日給三八五円（六一年六月現在）という事実、さらに生活保護をうけている世帯六一万の半数は働きながら低賃金のゆえに生活保護で補っていること、失対日雇労働者約五〇万人のうち約三割近くが同様に生活保護をうけているという事実を考えるならばこの両者がいかに惨めな非人間的な生活を余儀なくされているかということが分る。

さらに重要なことは、わが国の国家扶助といわれる生活保護の基準額が、しばしば、社会保障のうちでもっとも重要な柱である所得保障、そのなかでも老令年金制度のその年金額決定に主役を演じてきたことである。すなわち一九五四年の厚生年金保険の本格的改正にあたって、年金の基本額を算出するについて、当時の生活保護の基準額をもとにして、均一制の月額二〇〇〇円とし、それに賃金比例部分の若干をつけ加えたということ。（このとき日

本経営者連盟は終始一貫して均一月二〇〇〇円でよいと主張してゆずらなかつた）もう一つは今回の国民年金の拠出制年金額の算出にあたって、二十五年保険料を払って月二〇〇〇円、四十年で月三五〇〇円という支給額（いずれも満六十五才より）をきめたのも、同じように生活保護基準額の成人一人月二〇〇〇円が基礎として計算されたものである。このことは一九五八年六月の社会保障制度審議会（会長大内兵衛氏）の勧告に明記されている。以上のことからみてもわが国の社会保障制度を改善拡充する要件として、現行最低賃金法を、国際的な通念によるまともな制度にまで改正し、未熟練労働者がその家族とともに人たるにふさわしい生存権と、その労働力を再生産するに価する「公正な賃金」、「生活賃金」の最低を保障するような内容にまで高めるということが肝要であろう。それにとってもって少くとも現行の違憲の判決を東京地方裁判所でうけた生活保護基準額を大巾に引上げることが必要であることは論をまたない。なおわが国の社会保障制度の無視することのできない第七の特長として公的年金を中心とする社会保障積立金のろこつな大資本擁護の経済的狙いがある。これを究明のための資料も用意したが、紙面の都合でこれは別の機会にふれることにしてここでは省略した。

第四、医療保障の当面の問題

一九六〇年より六一年度にかけて、わが国の社会保障諸制度のなかの、二つの大きな制度が、労働者階級を中心とする国民諸階層によってゆすぶられた。このことについては本文まえがきや本文においても部分的にふれてきた。すなわち一つは病院の医療労働者や医師の斗いによる医療保険と医療制度の破綻とこれにたいする政策の転換の萌しであり、もう一つは、国民年金にたいする批判と抵抗が、若干の修正改善をもたし、そのことが被用者年金

をふくめた公的年金全体にたいする関心を高めつつあるということである。

ここでは、当初この二つの制度をとりあげ、いずれも国際的展望から日本的な特長不合理矛盾を究明する予定であったが、枚数の都合で前者の医療保障にのみ限定せざるを得なかった。なお社会労働研究第十三号の拙稿「社会保障と貧困層」とくに国保と国民年金を中心にと題してかなりくわしくのべてきたので、国保についてはできるだけこれと重複するところをさけて、問題を提起してみたいと思う。

一、国民総医療費の推移と国際的比較

これまで一国の医療保障や医療制度を打診する一つの基準に、それぞれの国の国民総医療費と国民分配所得の比率が活用されてきた。たしかにこのことは一つのよりどころになることを否定するものではないが、多くの問題をふくんでいることを指摘せざるを得ない。いま試みに厚生省の六一年六月公表した厚生行政長期計画基本構想（厚生省試案）をもってすればつぎのようになる。

わが国の国民総医療費の推移は 第七表のようにたしかに一九五四年度より五九年の六年間の推移をみると、年に二百億ないし三百億円近く漸増していることが分る。この漸増の原因は、人口の増と皆保険の進展と医薬品医療機械の価格上昇などによるものである。ところが国民所得との比をみると五六年、五七年五九年の三年間は四％台を割っている。さらに患者負担分（その内訳については後にふれる）が年々増大しているということは、皆保険の進行によっても国民大衆の直接負担分は減らないばかりか逆に増大しているという傾向である。また全体の国民総医療費のなかで、貧困者層を対象とする生活保護（医療扶助）や結核予防法などの公費負担分が、五四年より五八年に

第七表 日本の国民総医療費の推移

	国民総医療費	国民所得比	患者負担分	公費負担分	(生活保護費)
1954年度(昭和29)	2,438億円	(4.05)	45.4	10.8	(9.4)
55 〃 (〃 30)	2,718〃	(4.06)	43.7	10.3	(9.0)
56 〃 (〃 31)	2,915〃	(3.87)	45.2	10.0	(8.3)
57 〃 (〃 32)	3,243〃	(3.99)	45.9	9.3	(7.5)
58 〃 (〃 33)	3,531〃	(4.18)	47.7	9.7	
59 〃 (〃 34)	3,899〃	(3.90)	53.0	10.3	
1970 〃 (〃 45)	8,562〃	(4.02)	55.3	11.0	

かけて着実に減少してきた。そのなかでも、生活保護の医療扶助分が九・四％より七％台に著減してきたという事実こそ、政府の圧縮政策のあらわれがあるといえよう。厚生白書、経済白書のすべてが貧富の差の拡大貧困低所得層の増加を指摘しているにかかわらず、この公費負担分の減少は逆行といわざるを得ない。これらの圧縮政策は、すべて行政指導によって強行されてきた。

さてこの第七表には一九七〇年(昭和四五年)度の水準まで予定されている。これによると総医療費で約二倍強の八五六億円、所得比が四・〇二％患者負担分が五五・三％公費負担分一一％とされているが、患者負担分が全体の総医療費の半分余りを示すということを予定していることが問題である。さらにどのような測定方法で総医療費の額その他の比率がだされたかということは、抽象的な基本的方向のみで明らかにされていない。つまり六〇年から六一年春にかけての池田内閣の所得の倍增計画を額面通りにうけとり、それを総医療費にあてはめ、約二倍にしてみたという

第八表 主要国の国民総療費

	1958 年	国民所得費	人 口
日 本	3,531億円	4.18	9,300万人
イ ギ リ ス	74,780万ポンド (7,537億円)	4.12	5,000万人
フ ラ ン ス	6,120億フラン (6,120億円)	6.12	4,484万人
ア メ リ カ	1,675,900万ドル (5兆9,220億円)	4.56	1億7,900万人

- 注 1. フランスは 1955年度分
 2. 日本—厚生省統計調査部推計
 3. イギリス—Annual Abstract of Statistics
 フランス—ILO The Cost of medical Care
 アメリカー—Social Security Bulletin
 4. 人口に著者が国連統計よりつけ加えた
 5. ()の邦貨は各国通貨円換算表による

にすぎないのではないだろうか。

総医療費の国際的比較——さて以上のわが国の国民総医療費と諸外国のうちイギリス、フランス、アメリカの三国のそれと比較したものを第七表で考察してみよう。第八表もまた前記厚生省の試案より引用したものである。総医療費の定義やその算出基礎は各国においてかならずしも同一ではないし、とくに公私医療機関のあり方、医療保険の有無、医療保険でもその支払方法の差異によっても総医療費および医療内容が異なってくるし、またそれぞれの国の資本主義発達の度合に、文化的社会的経済的諸条件の差によっても医療費と医療水準にも影響してくる。したがって単純なる比較にかなりの問題があることは当然であろう。

以上のような事柄をふくみながら、まず日本とイギリスを比較すると、日本は五八年度で三五三一億円であるのに、イギリスは七億四七八〇万ポンド(邦貨七五三七億円)である。国民所得比については大差はないが、対象人口において日本は約一・八倍余であり、総医療費では二分の一以

下である。単純にいうと四分の一以下に圧縮されているということになる。ところがイギリスの総医療費といってもビブリッチプランといわれる社会保障制度のうち国民保健事業 (National Health Service) によって保障された医療給付総額であって、このうち患者負担分の比率は一九五四年以来わずか四%台を維持しているということを注意しなければならない。日本は五八年度で患者負担分は四七・七%である。なおイギリスの総医療費のなかで五七%は病院と専門医に配分されたものであり、一般医療は一〇%一般歯科は六・七四%薬剤は一〇・二五%である。

イギリスの病院総数は三〇二七で、国民保健事業に参加していない特志病院、私立病院は三六〇一の二%を数える。(一九五六年九月末)これらの全病床数は一九四九年より五〇万床台を保っている。国民保健事業に参加している病院経営の費用は国家財政の負担となっているからいわゆる国営といってよい。俸給や資材その他の物価の値上りによって当然補正され、増嵩の傾向にあった。一方イギリスには日本のように一般診療所というものはない。家庭医として一般診療を扱うのがこれに該当し、これは周知のように登録人頭割によって固定給が支給される。(単独診療のばあい最高三五〇〇名、共同診療のばあい四〇〇〇名の地域住民の登録をまとめ、一名について年間報酬一八シリング―五八年一月よりの保障がある。) イギリスでは一九五五年度で医師数が二万一千四百六十一人、歯科医師が九千七百八十八人である。(この数は二つとも西欧国の人口比からいうと多い方ではない。) その後も大してふえていない。さらに病院看護要員は常勤で一万四千三百三十一人、非常勤三万九千七百七十四人、その他精神病院看護要員が常勤で三万人近くいる。(以上は一九五八年十二月末現在の統計であり。六〇年三月発行の厚生省医務局編集の「世界各国の医療制度に」によるものである。

なぞくわしくイギリスの医療機関および医師その他の医療関係者の現状についてのべたかといえ、量的な著し

い差異である。日本は後述するように病院数で二倍。診療所（家庭医）で三倍。但し、病床数では日本が病院で六三万、診療所が一四万であるから大差はない。医師、歯科医師数では日本はそれぞれ四倍、五倍も多い。それでいて看護要員がイギリスの方が多いことである。このことは人口数に對比して四分の一以下の圧縮された医療費水準が、さらに実際に診療を担当する医療機関と医療関係者数をあわせ考えると、イギリスと日本のギャップははるかに引きはなされるということになる。

フランスは周知のように医療保険の給付は現金給付、療養費払いである。この国には一、七七四の公立病院があり、全病床数四一万床の五分の四をしめている。医師数約三万七〇〇〇といわれる。それでいて総医療費は第七表の通り、一九五五年度で六一二〇億フランである。ところがフランスは一九四八年より五九年までの一一年間にかけて総医療費は一倍に増加したとされている。（一九六〇年社会保障年鑑一八七頁による）したがって五五年以後においても増加の傾向があったわけである。フランスと日本の対比にも、イギリスと同様のことが当然指摘されるわけである。アメリカのばあいはいまだに国家強制保険による医療保険がなく、若干会社組織ないしは共同組織による医療費支払いの仕組みがあるが、完全に自由診療の国といってよい。医療費は著しく高価なものであることは一般にいわれる通りであるのでアメリカと日本の対比は省略する。

つまりこの節であえてイギリスとフランスを例にとって総医療費と医療機関などの国際比較を試みたのは、わが国の医療保障水準がいかに日本的な惨めさをもっているかを示すためである。

西欧的水準と比較してわが国の医学医療は大きな差異があるとは思えない。これは各種医学関係の雑誌の証明するところである。またわが国で生産販売される医薬品や医療機械の国際的価格も格段の低廉さにあるとはいえない。

い。とすればどのような理由によって、西欧的水準よりはるかに劣る低医療費政策が維持されてきたかということである。これらについて覚え書風に究明してみたい。

①わが国の医学医術が西欧的水準にあり、高い水準をもつとしても、これが一度び現行健康保険に導入されることによって、いわゆる制限診療、規格診療の劃一的な制約となつて畏縮してしまうということである。②その上何千におよぶ個々の診療行為にたいする価格が医師および医療従事者の専門的技術の適正な評価がまともになされずに、厚生大臣の定める全国一律の㊦の診療報酬(単価点数制を基本とする)できわめて低廉にきめられていることである。③まともな最低賃金の欠如のゆえに看護婦その他の医療労働者が極端に低い賃金と労働強化にあり、このことは医師の半数をしめる勤務医師といえども例外ではない。いかに少ない人員で、いかに多くの入院外来の患者を扱わなければならないかは、六〇年から六一年春にかけての病院ストを報じたマスコミがこのことをかなりののていどに立証した。政府の定めている医療法や健康保険で強制する基準看護すら守り得ない公私立病院が大部分であることはこの皮肉な表われといえよう。④勤務医師および医療労働者のこのような状態は、当然自営業の範疇に入る開業医零細診療所のあり方にもはねかえり、いわゆる家族労働を主体にした長時間労働を余儀なくせしめ、経済的社会的地位の著しい転落をもたらしつつある。

⑤さらに医療保険給付率が国際的にいってもきわめて低率であり、公費負担と保険者負担をあわせても、全体の国民総医療費の過去数年間の比率は六二・六八%のあいだを示し四〇%近くは患者負担分であるということ。このことは低賃金、低所得貧困とかくむすびつき、近代医療を受享することを大きく制約している。イギリスが九五%スイスは七五・九〇%スエーデンは八〇%という給付率であることをみればまたかなりのへだたりがある。⑥最

後にわが国の医療保険は、いわゆる予防給付を除外していることである。このために健康を維持するための各種検査や診断は、病気でないかぎり自弁である。自弁ということは早期発見治療をおさえる。それに加えて公衆衛生関係の諸活動が著しく立ちおけていることである。こうしたことがいわゆる潜在的疾病を貧困とむすびつけながら、農村でも都市でもいたるところに温存しているということになり、これが総医療費に反映しないことになる。

以上の事情が先進諸国と比較しておどろくべき総医療費の総枠の圧縮という、いわゆる低医療費政策を戦後一貫してささえてきた条件といえる。それで本節のはじめにふれた国民所得と総医療費の比率は、その国の医療保障、医療制度の水準なり内容をあらわすという一般的な見方が果して妥当かどうかということである。たしかにわが国は国民所得比からみると国際的に著しく低率ということではない。たとえば厚生省の長期計画構想から、その他の国の比率を紹介するとつぎのようである。

国民総医療費の国民所得にたいする比率

ベ	ル	ギ	一(一九五四)	四、〇六
カ	ナ	ダ	(一九五三)	四、四一
ノ	ール	ウェー	(一九五五)	四、四八
ニ	ュー	ジランド	(一九五三)	四、五六
デ	ン	マー	ク(一九五二―三)	三、六七
オ	ラ	ン	ダ(一九五三)	三、七六

ところが先進諸国においては医学医術、薬学の発展向上は日進月歩である。わが国も例外ではない。その発達の特長はかならずしも国民所得の向上に比例するといったものではない。逆にいえばその国の国民所得が貧乏ければ、その貧しいなりにその国の医療内容も宿命づけられ、規制されるというものではない。第三級国だから、第三

級なみの医学医術をうけなければならないという理由はない。医学、医術、薬学、医薬品、医療機械の進歩発達は当然その技術的経済的評価を高める。医療費の総枠を増大せしめるであろう。ここに資本主職経済という制約の下で、増大する医療費をだれが、いかなる方法仕くみで負担するかという問題が提起される。このことは各国とも共通の現象であり、イギリスが戦後医療費無料の原則から出発したが、その後国民の直接負担の方向を強め、政府とイギリス医師会の長期にわたる紛争を惹起し、またフランスは、前述の総医療費の急増と、医療保険の赤字に対処して、五九年から六〇年にかけて事業主負担の保険料率を引上げ、一連の合理化政策をとらざるを得なかったことなどはこの例であろう。わが国のばあいにも、六一年に二回の社会保険医療費の引上げをみるにいたった。こんどもこの傾向は年ごとに強まっていくとみなければならない。この引上げられた医療費は、国民健康保険や日雇健康保険の財政を脅やかし、さらに直接被保険者家族大衆の費用負担増となってあらわれていることは明らかである。つまり国際的に稀有な低医療費政策は打破されなければならないが、第三でのべてきたような日本的医療保障の矛盾を放任するかぎり、その矛盾不合理は一そう激化するであろうということである。

二、国民総医療費の内訳と医療機関、医療関係者の現状

さて国際的な比較でわが国の国民総医療費と低医療費政策を問題にしてきたが、さらにその内訳とそれに関連してわが国の医療機関と医療関係者の現状を検討してみたい。一九五九年(昭三四)度を例にとると、総医療費の内訳はつぎのとおりになる。

一九五九年度国民総医療費内訳

国民総医療費	三八九億円
公費負担分	四〇〇億円 (一〇、三%)
保険者負担分	二〇六五億円 (五三、〇%)
患者負担分	一四三四億円 (三六、八%)
全額自費	三二一億円 (八、二%)
一部負担	八三九億円 (二一、五%)
買 薬	二一一億円 (五、四%)
あんま等	六四億円 (一、六%)

このなかで公費負担の大部分は生活保護の医療扶助であり、保険者負担分といっても、これは政府健保、組合健保、船員保険、日雇健保、国家公務員共済、公共企業体職員共済、私立学校教職員共済、労災保険、国民健康保険の十種類に分れる。このなかで金額の点で最高は中小企業対象の政府健保であり(約一五%)、対象人口が最大である。国保の支払額はその半分の八%台である。全額自費という割合はたしかに皆保険の普及とともに漸減してきたが、被用者保険の家族の一部負担や国保の一部負担は逆に五四年(昭二九年)の一五、八%より、五九年の二一、五%と増大している。買薬への依存度合は同年度で八、七%より五、四%とこれまた減少してきた。この国民総医療費の算出の仕方は厚生省統計調査部において、毎年数万の標準家庭にたいする委託調査による推計分と各制度別に支払われた年間医療費の各種統計を合したもので、これには、医療に関係のある物品、附添料、交通費などはふくまれていないし、もちろん予防費や医療機関にたいする投下資本などはふくまれていない。こうした総医療費に直接にもっとも大きな影響をうけているのはつぎの第九表にみられるような全医療機関と医療関係者の大部分である。

医療機関と医療関係者の現状

この第九表にみられるような病院と診療所と数十万にのぼる医療関係者と従事者が、これまでのべきだったような低医療費政策のもとで医療機関を運営し、各自の生活を営んでいるということである。これらの現状がいかなるものであるかということはこれまででも若干ふれてきたが詳細に分析する紙面はないので、大まかにふれることにする。

第九表 医療機関に医療関係者の現状

A 経営主体別病院数 —(1959年末)—

総数 6,000

国 (厚生省)	274	社会保険団体	185
国 (その他)	156	公 営 法 人	270
都 道 府 県	288	医 療 法 人	1,238
市 町 村	825	会 社	339
日 赤	110	その他の法人	213
済 生 会	66	個 人	1,912
農 協	124	医育機関(大学)	87

注 1. 病床数は総計662,233,うち国立が45%の30万床をもつ。

2. 個人病院は 7万5409床であるから 1施設あたりわずか41床という零細規模である。

B 診療所数 (病床数)

一般診療所	57,508	(155,044)
歯科診療所	26,681	

C 医療関係者数 —(1958年末)—

医 師 数	99,876	(内施設開設者48%)
歯科医師数	32,484	(内施設開設者 76.3%)
薬 剤 師	56,518	(内薬局開設者25.4%)
保 健 婦	12,201	(内保健所41.2%国保36.1%)
助 産 婦	52,319	(内助産所92%)
看 護 婦	160,352	(内病院77.2%診療所16%)

注 1. 医師歯科医師については総数のうちそれぞれ 1.8%2.1%の無業者がいるが他の医療関係者は就業している数である。

2. 看護婦は準看護婦,看護人をふくむ。

3. その他にレントゲン技師,歯科技工士や計理その他の医療従事者がかなりいる。

医療機関とくに官公立公的医療機関にたいする合理化政策は、社会保障の後退改悪の時期とときを同じうして開始された。それは赤字の国立病院の廃止統合、地方移譲といった政策を遠因にして昭和二九年以降である。この合理化政策はつぎのような特長を明白にもつ。赤字病院診療所の閉鎖ないし縮少、もうからないまたは医師充足のむずかしい診療科目の廃止、都道府県立病院の地方公益企業体法適用による独立採算の強化、労働基準法、医療法、健康保険の基準看護の無視による労働強化、人員整理、清掃給食事業の下請化、病院内各科の独立採算と競合、差額徴収を前提とする特等室、一等室などの入院患者にたいする差別と負担増の強化、労働組合運動にたいする弾圧、第二組合の育成などである。

こうしたことがおどろくべき低賃金と労働条件の上に強められていった。そして単に国立のみならず、自治体立、日赤、済生会、農協、社会保険、公益法人から大学病院までにおよんだ。これにたいする抵抗は当然労働者側からはげしくなされ、しばしば自治体や住民までまきこんだ地域ぐるみの斗いになった。そしてその頂点が六〇年春から六一年春にかけての病院ストライキの激化であった。これは低医療費政策のがんじがらみの下での合理化政策の破たんと限界を立証したことになる。医療政策や医療保障政策の転換を余儀なくせしめつつある。

一方診療所関係、とくに開業医はどうであろう。表八表のように約五万七千の一般診療所のうち八五％は開業医である。一五％の診療所は、市町村立ないし国保直営のそれが大部分であるが、これらは極度の経営不振で、村立や国保直営のばあいには、かなりの高給を保障しても医師の不足にたえず悩まされ、施設内容も著しく貧弱で、もともと維持経営になやんでいることはいまや地方の大きな社会問題となっている。そして無医地区はいぜんとして解消されずに今日に至っている。開業医には経済的な面でかなりの断層がある。それは一般にジャーナリズムでも指

摘しているように保険医の医業の維持と収入の大小は、その医師の年令の若さと体力によるといわれているということが現状である。出来高払いという支払方法をとるかぎり、またわが国のように専門医も医師の技術差も制度的に確立していないという現状にあっては、取扱う患者数が多ければ多いほど収入は増大する。いかなる天下の名医も、一たび保険医になり、医療保険の患者を診療すれば、全国一律の④の料金の規制をうける。したがって開業医の収入にはぴんからきりまでの差が生ずることになる。そして開業医の実態は、ほとんど医師本人の稼働能力や体力とそれに準ずる家族労働を基盤にする。いきおい、その労働時間は長く、夜間診療はもちろん、深夜診療や往診をともない、さらに日曜祭日も労働者なみに休むということはあり得ない。（東京都区や地方の若干の地域では、月のうち二回の日曜日を休診にするというやり方が、ここ二三年のあいだにみられるようになった。）ともかくすべての国民が医療保険の被保険者かその家族という皆保険の進展にともなって、いわゆる自由料金による自由診療患者が激減しすべてがラス張りの社会保険収入が原則となる。

開業保険医の経済的状态を推測する若干の調査もないわけではないが、これは省略する。いいうことは、以上のことを前提にして、三十台、四十台がもっとも収入が多く、五〇台六〇台以降になるにしたがって収入は減少するし、若干の医師は医業以外の収入をはからざるを得ないということになる。

三、医療保障政策の矛盾

わが国の医療保障政策が、国際的にみてもいかに低位であり、とくに低医療費政策を特長として現在どのような医療機関の危機を招いているかということをふれてきた。それで最後に政策と制度の専門分野からみていかに日本

的な不合理と矛盾をもっているか、とつぎに要約してみることにする。

1 戦後一貫して今日まで政府は医療機関のあり方についてなら明確な方針、政策をもっていなかったということである。これは医療保険の形式的な普及すなわち需要する側の社会化を強引にやってきたが、医療を供給する側についてのまともな政策がなかったということである。

医療機関が都市に集中し、無医地域（五八年八月無医地区一、一八四地区）が拡大しようと、医療機関が新設しようとして廃止しようと全く野放しの状態であった。そして公的な医療機関と私的な開業医の関係については公的医療機関中心といった政策は時に応じなかったわけではないが、明らかな方策はなかった。少くとも欧米諸国においては、医療機関の配置計画や専門医制や公私医療機関の連けいについてはそれぞれ数十年の長きにわたり改善の方向をとり、社会的機能の分化をすすめてきた。ところが病院といっても前述のようにその経営主体は多種多様、私的病院がかなりの比重をしめている。現状では同一地域内において公的病院同士、公私施設のあいだではげしい患者争奪の競合関係にあるということ、そのうえ、官公立病院といえどもそのほとんどが経営的に独立採算主義をとっていることが第一の矛盾である。

2 いわゆる制限診療、規格診療といわれる医療内容にたいする官僚統制である。これについては良心的な保険医のあいだに多年にわたる不満が表明され、最近は勤務医や医科大学の教授学者からも鋭く指摘されてきた。この官僚統制のために制度的な二つの制約がある。一つは保険医療養担当規則というものをかならず守らなければならない。一切の診療行為にたいする原則的な何々しなければならないという定めである。とくにここでの矛盾は保険医は医学的良心によって診療しなければならないというたいながら、その診療行為は厚生大臣の定めたものによると

し一切の投薬注射は厚生大臣の定めた基準によるとしてゐるところにある。その二は、主要病氣の治療については結核、精神病、性病、脳出血、胃かい痒その他についての指針がきめられ、さらにペニシリン、マイシン系の抗体物質についても使用基準がある。これは結核の治療指針のようにもつとも安上りの治療(イ)から(ロ)と高くなる治療順序がきめられ、それをとりちがえてはいけないことになっている。つまりこのやり方によって当然医学医術薬学の進歩と健康保険医療のギャップは、当然化され、いきおい、性別、年令別、環境により千差万別の同一名の疾病についても、劃一的な診療を余儀なくされる。そして大部分の保険医は作文請求となり、医は仁術でなくて算術であるといわれる背景の一つをなす。また医師は保険医学だけ習えばよいので、すべての医科大学を文部省所管から厚生省保険局所管にしたらうだという皮肉も生れてくる。これは国民大衆にとつても不幸なことである。他の医療保険実施の国々においては少くとも医師对患者という人間関係において診療内容にたいする自由は法認されているといわれている。現状からいうと日本にのみみられる惨めな特長の一つといえよう。

3 無数にある社会保障の診療報酬の算出の仕方に、これまで権威のある科学的な分析ときめ方がほとんどなされず、昭和二年創設いらいの単価かける点数という原則を堅持しながら、今日に至っていること。そして、この単価点数で表わされる診療報酬にはいわゆる医師の技術料評価はほとんどまともに扱われず、しばしば政治的に決定されてきた。にもかかわらず、公共物価を中心にする諸物価の推移と現状からみると、その増加傾向も緩慢できわめて低廉であることは否定できない。フランスの医療保険においては、その協定医療費は、物価人件費医薬品医療機械などのいずれかが上昇すればそれにスライドするという建て前がとられているが、わが国のそれは、単価は経済的要素、点数は各専門科学会の技術の難易などを表わす評価というのが常識だったにもかかわらず、その引き

上げは、一九四八年（昭二三）から現在まで、五一年（昭二六）に単価で一割余り五八年（昭三三）に甲乙二表で十円単価になり、総額で八%さらに六一年の医師会の二回にわたる運動を通じて、平均一割五分から二割の増という、三回の切りかえがあったにすぎない。この低診療報酬にたいする紛争はおそらくこんども続くであろう。

以上の二、三は六〇年夏らしい今日までの医師団体の要求の基本的なものであった。すなわち制限診療の打破、単価一律に三円（三割）引上げよということになる。これにつけ加えて、医療保険事務の複雑きわまる複雑さの是正や、甲乙二表一本化ならびに地域差の撤廃が加わる。事務の複雑さは、制度の多様性と給付の不均衡複雑な制限診療の諸規程から当然の形で、招来されるものである。毎月月末から月初めの一週間近くは、上は大学病院、国立大病院から下は末端の開業医師にいたるまでこの請求事務で忙殺される。医は算術だといわれる一つはここにあるし、保険医は算盤がうまくなければということが必須条件になる。このような事務のおどろくべき複雑さは諸外国には例をみない日本の不合理であろう。

四、医療保障政策転換の展望

以上のような医療保障の日本的矛盾不合理をいかに是正し改善したらよいかということになるが、結論をいうならば。医療保障のみがとびぬけて改善改革の道をすすむであろうということとはありえないことである。たしかにわが国の社会保障全体のもつ劣悪さのなかで医療保障はきわだって日本的矛盾不合理をもっていることはこれまでに論証してきた。したがってあまりのろこつな不合理の是正は徐々に改善をみることであろう。しかし窮極的にはわが国の資本主職機構、政治経済のもつ大小の壁につきあたるということである。そしてその基盤には、圧倒

的な低賃金労働者や低所得貧困者大衆が存在しているということである。わが国の独占資本を中心とする支配権力が医療保険社会保険の多様性と給付の不均衡を必要とし、そのことが企業別労働組合の殻をつよめ、資本による労働者支配政策に寄与するところ大と確信するかぎり、医療保険や社会保険の統合調整とそれによる給付の不均衡是正に積極的な熱意を示さないであろう。そのへんを天秤にかけてもし妥協することがあるとするならば、労働運動を弱めながら、資本負担を軽減し、大衆負担を増大するという方向が約束されるときのみであろう。また社会保障諸制度のなかでも、個々の制度に関連する労働者を中心とする国民諸階級の闘いの進展とそのはげしさによってあるていどの譲歩をするであろうことは、歴史が立証している。この可能性は医療労働者の闘いと医師会という政治的な一応の圧力をもつ組織による運動の実績とその特異な闘いぶりをみても、医療保障にはあり得るということである。ただこの改革の方向がどちらを向いてなされるかということは、労資を中心とした力の対抗関係によって規制される。この点になると、わが国の労働者階級の社会保障のとりくみ方はまだまだ弱い、本格的にはなっていない。したがってわが国の労働運動が労働基本権拡充の闘い、賃上げ最低賃金制の闘い、労働条件改善の闘いなどをつよめると同時に、それと平行して自らのもつ社会保険から統一的闘い方、国民諸階層との共闘をつめるといふ闘いを積極的にすすめるような段階になれば、事態はもっと変わってくるであろう。

さて以上のことを前提にして医療保障制度改革にたいする諸動向を列举すればつぎのとおりである。

1 病院ストを背景につくられた厚相の私設諮問機関であった病院管理運営懇談会は、六一年一月発足し、三月に一回、七月に一回とかなり大きな報告書を提出し、これが公私病院の運営管理政策の重要な指針となっていること。いかば経営者の立場からの近代的な合理化政策である。

2 六一年四月、日本學術會議は内部に医療制度特別委員会（委員長武藤完治氏）をもうけ、一年有余の審議のすえ、改革案を総会の決議とした。この中心は低医療費政策のもとでこれを大巾に是正することを放棄し、患者大衆に費用負担を転嫁する療養費払い、現金払い方式を、現行の健康保険の現物給付と平行採用せよというのである。これによって医学医学の崩かいを防げると。これは現金を準備しなければ健保があっても受診も治療もできないという後退策である。厚生省、健保連その他この改革案をの支持する空気がつよい。

3 六一年八月一日の保険医総辞退撤回と引きかえに設けられた医療懇談会（支払い側十人と医療担当者側十人）での結論、九月五日の諒解事項といわれるものである。これは最大公約数的なものを結論にしたもので、医学薬学の進歩を医療保険にとり入れる。担当規則、治療指針、使用基準の改善による制限診療の緩和、国保や日雇健保の改善、実態調査にもとづく適正な医療報酬の採用、地域差の撤廃、甲乙二表一本化などである。これらについてはすでに前述したとおりである。

この諒解事項がこんごもっとも大きな比重をもつであろう。これらのすべての改善は、総医療費の枠を拡大しないではおかないであろう。そしてこの拡大する費用をどのような形でだれが負担するかということが問題である。この改善のテムポ、総医療費の拡大、費用負担の中味はわが国の労資の力関係の反映による。

4 この諒解事項の大部分は法的な諮問機関として六一年秋臨時国会で成立をみた、新しい社会保険中央医療協議会（公益四人支払い側八人医師、歯科医師、薬剤師八人という異例の構成）によって協議される。これには主として支払い側の保険者団体などから法案審議中も、その後も批判物言いがついているので、発足するまでには難航するであろうが。いずれにしても制度きりかえの話し合い場としての新中央医療協の動向が一つの重要な焦点と

なる。

5 あまり注目されていないが、厚相の諮問機関として医療制度調査会があり、六〇年春いらい審議を継続している。いずれ答申を提出するであろうが、これも無視できない。

6 社会保障制度審議会（会長大内兵衛氏）が五九年いらい社会保障制度全体の総合調整について、審議をすすめているが、この中間的申入書が六一年十一月に公表された。この審議会は、各種社会保険の統合をふくめた調整問題、給付の格差の是正、支払方法、診療報酬、医療機関のあり方についても勧告するにちがいない。おそらく最大の権威？ある比重を示すであろうが、これまでのわが国の政治経済はしばしばこの審議会の勧告を無視し棚上げしてきたことをつけ加えておく。

7 さらに六一年十一月七日、厚生省は灘尾厚相談として、監督と運営を分離するため、社会保険庁という現業庁をつくり通常国会に提出するとしている。

以上の動向をみても、わが国の医療保障はたしかに曲り角にある。そして転換のいろいろの芽は、公然としたものもあるし、いまだ抽象的なものもあるし、また潜在的で表面化しないものもある。どのような転換が行われようと、そのことが労働者や国民の生活にあたえる直接的間接的な影響は必至であり甚大である。ただ残念なことは正しい改革の芽をはぐくむような土壌が成熟していないこと、成熟させるような民主主義な諸条件がいまだととのっていないということである。したがって国民大衆の立場からみてどのような芽がのぞましくどのような開花でなければならぬかといった政策になると全く混乱しているということである。

本論文で参考にした文献

社会保障年鑑一九五九、六〇、六一年度版（東洋経済新報社）

厚生省医務局編世界各国の医療制度六〇年三月（医歯薬出版株式会社）

厚生省、厚生行政長期計画基本構想六一年六月

労働省労働統計調査月報その他

日経連各種調査

総評、当面の賃金問題、六一年一月（労働出版社）

黒川俊雄氏著最低賃金制論（青木書店）

平田富太郎氏著社会保障研究（日本評論新社）

坂寄俊雄氏著社会保障（岩波書店）

社会保障講座第三卷（至誠堂）

吉田秀夫著健康保険入門（医療図書出版社）

吉田秀夫論文「賃金と社会保障」各論文（労働法律旬報社）